

## La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent en Suisse aujourd'hui et demain

### Santé et maladie psychiques chez les enfants et les adolescents

Il n'existe pas de données statistiques globales pour la Suisse quant à la santé et aux maladies psychiques des enfants et des adolescents. Le rapport 52 de l'Obsan « La santé psychique en Suisse » (1) résume les résultats de l'enquête suisse sur la santé, qui est menée tous les cinq ans (en 2012 pour la dernière fois). L'examen épidémiologique n'inclut cependant que les personnes à partir de 15 ans. La seule étude épidémiologique représentative concernant la fréquence des fragilités d'ordre psychique observées chez les enfants et les adolescents a été menée dans le canton de Zurich, et elle date de 1994. A cette époque – l'étude a été menée sur un laps de temps six mois –, 22,5 % des personnes interrogées souffraient d'un trouble psychique. Les plus fréquents étaient les troubles anxieux puis venaient les tics et le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) (2).

Selon des données actuelles provenant des Etats-Unis, où la situation devrait être globalement comparable avec celle de la Suisse, il apparaît que les cinq principaux problèmes de santé qui affectent les enfants et les adolescents dans leur quotidien sont d'ordre mental (3). Il s'agit de troubles anxieux, de troubles de la personnalité antisociale, de dépressions, de TDAH et d'autres problèmes neuropsychologiques spécifiques (4).

Les études internationales relatives à la prévalence des maladies psychiques pendant l'enfance et l'adolescence sont nombreuses (aperçu concernant l'Allemagne p. ex. chez Kurth et al., 2008 (5)). Elles montrent que sur un an, 15 à 22 % de tous les enfants et adolescents souffrent d'au moins une maladie psychique. Chez près de 10 % des personnes interrogées, il apparaît lors d'examens de contrôle menés un an plus tard que le trouble persiste. Le Rapport national sur la santé 2008 (7) ajoute à la page 215, quoique sans indiquer de source : *environ 20 % des enfants et adolescents âgés de 9 à 17 ans souffrent de troubles anxieux, de troubles de l'humeur, de troubles du comportement ou d'abus de substances. Chez la moitié d'entre eux, il s'agit de troubles nécessitant un suivi psychiatrique.*

Si l'on compare les études menées au cours des 65 dernières années, aucune information n'indique avec certitude que le nombre global des maladies psychiques chez l'enfant et l'adolescent a augmenté (4). Ce qui a augmenté, en revanche, ce sont la sensibilité et l'attention donnée aux souffrances psychiques. En outre, l'amélioration des diagnostics a entraîné une différenciation des pathologies et a fait apparaître que la prévalence de certaines maladies était apparemment bien plus élevée (p. ex. l'autisme) que d'autres. Par ailleurs, certains symptômes, tels que *l'hyperactivité, le déficit de l'attention et l'impulsivité* pour le TDAH, se distribuent selon un continuum au sein de la population. Le diagnostic d'un trouble doit donc toujours être posé avec beaucoup de précaution, en tenant compte du contexte évolutif. Dès lors, décider s'il y a effectivement trouble et si celui-ci nécessite d'être traité ne dépend pas uniquement des normes dans les systèmes de classification mais aussi d'influences sociales.

### Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent en Suisse : la situation actuelle

Selon l'annuaire des médecins de la FMH, on compte env. 650 psychiatres pour enfants et adolescents en Suisse. Un peu moins de 500 travaillent dans des cabinets privés et un peu moins de 200 dans des institutions. Avec 1,5 millions de personnes de moins de 18 ans, cela correspond à un ratio de 1:2300 ; la Suisse compte ainsi une des plus fortes densités au monde de tels spécialistes. Ce nombre doit toutefois être considéré avec mesure ; en effet,

un grand nombre des psychiatres spécialisé-e-s en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ne travaille qu'à temps partiel.

En outre, de même que dans le cas de la psychiatrie pour adultes, la moitié des médecins libres praticiens a plus de 55 ans (8,9), de sorte qu'ils et elles cesseront leur activité à moyen terme. A cela s'ajoute une répartition très inégale des médecins spécialistes en Suisse : la densité est élevée dans les villes et les agglomérations mais plus faible voire beaucoup plus faible dans les régions rurales.

Environ 50 000 patient-e-s de moins de 18 ans sont traité-e-s en ambulatoire chaque année et 2000 sont hospitalisé-e-s dans des institutions ou des services psychiatriques spécialisés pour leur classe d'âge (8). Certaines institutions proposent également des hôpitaux de jour pour des patient-e-s de différentes classes d'âge.

La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent en Suisse a toujours été fortement axée sur l'approche psychothérapeutique (ce qui se reflète dans le titre de médecin spécialisé en psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent, valable depuis 1960) et le postulat de *l'ambulatoire avant l'hospitalisation* s'impose largement. Les soins ambulatoires sont traditionnellement dispensés à la population conjointement par les cabinets privés et les services institutionnels. Mis à part les deux Appenzell, Glaris et Uri, tous les cantons possèdent des soins ambulatoires. Le champ de travail des cabinets se recoupe en partie avec celui des services ambulatoires, ce qui est tout à fait voulu, mais dans l'ensemble, les offres sont surtout complémentaires et fonctionnent ensemble selon un format bien rôdé. Les cabinets offrent ainsi principalement des prestations psychothérapeutiques tandis que les services ambulatoires se concentrent davantage sur la détection et le traitement de familles connaissant une situation psychosociale complexe, sur des offres concernant certaines pathologies ou certains domaines particuliers (p. ex. l'autisme, les psychoses, la psychiatrie forensique) et sur la formation postgraduée et continue de la relève. Les services ambulatoires réalisent également diverses prestations d'intérêt général, notamment en fournissant des conseils en matière de protection de l'enfance, en prenant des mesures préventives ou en effectuant des prestations de base fixes pour la prise en charge en cas d'urgence, qui n'est pas toujours intégralement couverte par les prestations des assurances-maladies. Le traitement hospitalier a lieu dans des services spécialement dédiés aux enfants et aux adolescent-e-s ; ces services sont gérés de façon autonome par les institutions psychiatriques ainsi que dans les services psychosomatiques de la plupart des hôpitaux pour enfants en Suisse. Le travail avec des enfants et des adolescents psychologiquement malades requiert une coopération permanente entre de nombreuses disciplines spécialisées, dans le domaine médical, psychologique, pédagogique et des soins, mais aussi dans le domaine social et juridique.

### Défis posés à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent comporte toujours une part de psychiatrie développementale ??? (terme technique ?) et familiale. Elle couvre un large champ, qui s'étend de la naissance jusqu'au passage à l'âge adulte, et le travail se fait avec de jeunes patient-e-s qui grandissent avec le système de valeurs qui leur est inculqué par leurs personnes de référence primaires. Cela signifie que l'on ne peut poser un diagnostic et entreprendre le traitement en conséquence qu'en tenant compte de l'état de développement cognitif, émotionnel et corporel du patient ou de la patiente. Sans compter qu'il faut aussi impérativement intégrer l'environnement social général de l'enfant ou de l'adolescent, or celui-ci ne se limite pas à sa famille proche et élargie mais englobe également tous les domaines importants de sa vie, tels que la crèche, l'école, le travail et les loisirs. Les domaines de la vie des enfants et des adolescent-e-s ont beaucoup changé au cours des dernières décennies (p. ex. la pluralisation des formats familiaux, l'omniprésence des médias, de nouveaux modèles d'éducation) et continueront encore de se modifier. La plupart des jeunes sont à même d'utiliser de manière constructive les opportunités qu'offre notre époque pour atteindre leurs objectifs. Pour cela, il faut avant tout que les adultes autour d'eux aient confiance dans leur

développement. La moitié des parents ne sait cependant pas avec certitude à quelle éducation se tenir (10) et de nombreux adultes qui se plaignent du manque d'orientation croissant des enfants et des adolescent-e-s dévoilent en réalité leurs propres craintes face au changement sociétal considérable qui a lieu actuellement. Les problèmes des enfants et des adolescent-e-s qui nécessitent une aide psychiatrique doivent être pris au sérieux et ce dans la diversité de leurs causes, causes qui ne doivent pas être réduites à des modèles explicatifs apparemment simples, tels que la pression des normes à l'école ou des erreurs d'éducation. Les offres thérapeutiques doivent être fondées sur des preuves et si nécessaire accompagnées de mesures pédagogiques et/ou professionnelles ; de plus, elles doivent intervenir au plus tôt afin d'éviter si possible des troubles de santé sur le long terme et les coûts que cela engendrerait pour le système social. Malgré tout, il est évident que certain-e-s des jeunes patient-e-s psychiquement malades nécessiteront également un suivi psychiatrique à l'âge adulte. 60 % de celles et ceux qui deviendront plus tard des « heavy user » (usagers fréquents) des institutions psychiatriques pour adultes étaient déjà traité-e-s pour troubles psychiques dès avant leurs 15 ans (11). Le passage de la jeunesse à l'âge adulte est donc une phase extrêmement sensible et le traitement à ce moment-là requiert des concepts de transition structurés et interdisciplinaires.

Il est difficile d'estimer de façon précise quels seront les besoins à venir en termes de soins psychiatriques de l'enfant et de l'adolescent. Selon les prévisions, on s'attend certes à un recul de la proportion des 0 à 20 ans dans la société (1970 : 31 %, 2000 : 23 %, prévisions pour 2050 : 17 %) (7), mais en même temps on estime que la population globale en Suisse augmentera jusqu'à 10 millions d'habitant-e-s. Vu l'attention croissante donnée aux maladies psychiques et le développement de nouvelles possibilités d'intervention fondées sur des preuves, une augmentation du nombre de cas à prendre en compte est donc probable. De leur côté, les progrès scientifiques auxquels l'on peut s'attendre dans le domaine des neurosciences et de la neuropsychopharmacologie peuvent influencer les besoins futurs de différentes façons : ils peuvent en effet entraîner soit leur augmentation, en raison de la découverte de nouveaux champs d'indication thérapeutique, soit leur diminution, grâce à des traitements agissant mieux et plus vite. La planification de la psychiatrie du canton de Zurich estime qu'en 2020, pour le groupe des 0 à 17 ans, il faudra compter avec 12 % de patient-e-s de plus qu'en 2012. Parallèlement, la durée d'hospitalisation dans cette tranche d'âge devrait réduire de façon moins significative que chez les adultes. Une légère augmentation du nombre de jours d'hospitalisation est donc à prévoir (12).

## Prise en charge psychiatrique de l'enfant et de l'adolescent : missions pour l'avenir

### **1. Garantie de la relève**

Déjà aujourd'hui, de même qu'en psychiatrie pour adultes, le manque de médecins assistant-e-s et de médecins-chef-fe-s se fait ressentir dans les hôpitaux suisses. Sans médecins venant de l'étranger, il serait impossible de pourvoir à tous les postes. L'augmentation du nombre de places d'étudiant-e-s en médecine à partir de 2014 ne fournit pas réellement la solution étant donné que la proportion des étudiant-e-s se formant à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent a diminué ces dernières années ; cela est dû entre autres aux critères de sélection du numerus clausus mais aussi aux perspectives professionnelles incertaines (salaires les plus bas parmi le corps médical, reconnaissance au sein de la société) et à la proportion particulièrement élevée de femmes exerçant cette spécialité (travail à temps partiel). La répartition par âge des médecins libres praticiens (plus de 50 % a plus de 55 ans) laisse présager de sérieuses difficultés à l'avenir pour assurer la prise en charge nécessaire. Les conditions de l'exercice en cabinet, qui fournit pour bon nombre de patient-e-s une importante prestation de soins de base, doivent être améliorées, comme pour les médecins de famille.

## **2. Garantie et maintien de la compétence psychothérapeutique et de la diversité des méthodes**

Etant basée sur une formation initiale et postgraduée en médecine, en psychiatrie et en psychothérapie, la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent assure un suivi bio-psycho-social complet que nul autre groupe professionnel ne peut assurer. L'offre de toutes les approches de traitement scientifiquement fondées – à savoir les approches comportementaliste, psychodynamique et de thérapie familiale, mais aussi les soutiens psychopharmacologiques – permet d'assurer une prise en charge qui répond aux besoins et elle doit continuer d'être promue activement, au nom de la qualité des soins.

## **3. Amélioration de la connaissance des causes, des risques et des facteurs de protection**

La recherche sur ces facteurs et l'intégration des résultats de la recherche dans le travail clinique conduisent à une optimisation des diagnostics et des traitements. L'objectif consiste à développer (encore davantage) de filières de traitement et de lignes directrices fondés sur des preuves, une tâche qui incombe principalement aux hôpitaux universitaires.

Travailler d'après des lignes directrices contribue à ce que les ressources disponibles soient employées de façon efficace et économe. Pour citer un exemple, prenons l'utilisation de méthylphénidate en cas de TDAH. L'augmentation des prescriptions ces dernières années et les différences de pratique entre les diverses régions de Suisse (13) ne devraient pas uniquement susciter une critique concernant la quantité des médicaments prescrits mais surtout une discussion sur la qualité. En effet, il ne s'agit pas d'être pour ou contre le méthylphénidate, il s'agit de faire en sorte que les enfants et les adolescent-e-s qui ont réellement besoin de ce médicament à cause de leur maladie puissent en bénéficier.

## **4. Amélioration de l'accès aux soins ?**

La prévention et la détection précoce devraient être développées en diminuant le seuil d'accès aux soins pour les groupes vulnérables de la population (p. ex. enfants en bas âge dans les familles modestes, familles migrantes) ???. Pour cela, il faut avant tout des informations et des structures adaptées aux besoins. Cela consiste par exemple dans des processus simples de dépistage, des coopérations interdisciplinaires (voir également point 6) ou encore le recours à la télémédecine. Il faut également assurer une bonne collaboration entre les cabinets et les institutions ainsi qu'un équilibre entre soins de base et offres spécialisées pour le traitement des troubles spécifiques. Les offres de proximité permettent d'aider les patient-e-s et leurs familles dans leur environnement social direct et il est urgent de développer ces formes de soins. En Suisse, on manque par ailleurs d'offres permettant de faire face à certaines maladies, notamment les troubles addictifs ou les troubles psychiatriques d'enfants ou d'adolescent-e-s avec handicap mental. Il faut aussi renforcer le soutien aux enfants de parents souffrant de troubles psychiques ; enfin, les offres pédagogiques-psychiatriques intégrées pour enfants et adolescent-e-s psychiquement instables ou malades qui ne vont pas à l'école ou qui ne réussissent pas à franchir le pas pour entrer dans la vie professionnelle à la fin de la scolarité obligatoire font cruellement défaut.

## **5. Simplification des transitions**

Les transitions accompagnent le développement. Elles offrent la possibilité de grandir mais comportent aussi des risques de rupture. C'est pour cette raison qu'elles exigent une attention particulière en matière psychiatrique. On compte parmi les transitions les plus sensibles la naissance, l'entrée à l'école enfantine et celle à l'école primaire ainsi que l'adolescence. Pour prévenir et détecter précocement d'éventuels troubles relationnels, il faut créer des offres spécifiques pour familles avec enfants en bas âge. Il n'existe pour l'instant que très peu de cliniques en Suisse qui prévoient

une hospitalisation conjointe de la mère et de l'enfant. Certaines maladies qui apparaissent dès l'enfance ou l'adolescence persistent à l'âge adulte, notamment les troubles anxieux, l'autisme, le TDAH, la dépression, les troubles addictifs, les troubles de la personnalité, les psychoses et les troubles obsessionnels compulsifs (TOC). La transition et l'échange de connaissances entre la psychiatrie de l'adolescent et la psychiatrie pour adultes nécessitent des structures plus claires. La SSPPEA a rédigé au printemps 2012 une prise de position sur cette thématique négligée jusqu'alors (14). C'est en particulier pour les patient-e-s souffrant de psychoses ou de troubles de la personnalité qu'il faudrait créer des offres communes de psychiatries pour adolescents et pour adultes. En psychiatrie forensique aussi, il faudrait envisager ce type de modèle de coopération, étant donné que certaines mesures prescrites à l'adolescence peuvent par exemple être poursuivies bien au-delà des 18 ans du patient ou de la patiente.

## **6. Interdisciplinarité**

La détection, le diagnostic et le traitement de maladies psychiques requièrent une collaboration interdisciplinaire étroite laquelle, dans le domaine de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, concerne en premier lieu la psychologie, la pédagogie et les soins infirmiers. En milieu hospitalier, ce travail thérapeutique collectif est déjà la norme. En revanche, la marge de progression est encore large dans d'autres domaines, p. ex. au niveau de la coopération avec les services de travail social en milieu scolaire (un lieu d'accueil important pour les adolescent-e-s ayant de problèmes psychiques), avec les foyers pour enfants et adolescent-e-s (où de nombreux jeunes traumatisé-e-s et/ou psychiquement sévèrement atteint-e-s sont pris en charge), avec les écoles de pédagogie curative ou encore avec les autorités de protection de l'enfant.

## **7. Remboursement**

Vu leur caractère interdisciplinaire et étant donné qu'elles comportent également des prestations d'intérêt général (p. ex. en matière de protection de l'enfant), certaines prestations de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ne sont pas suffisamment financées avec seulement les assurances-maladies et l'AI. Ainsi, certaines institutions, telles que des hôpitaux de jour où la pédagogie (curative) et les cours scolaires font partie intégrante du traitement, nécessitent un financement mixte impliquant plusieurs organismes payeurs. Afin de répondre aux besoins des patient-e-s concerné-e-s et de pouvoir leur offrir des traitements efficaces, il convient de créer les conditions nécessaires qui permettent de répartir les coûts en fonction des charges effectives et de rémunérer les prestations à leur juste valeur. Financer des projets-modèles offre la possibilité de tester des structures de soins innovantes et d'examiner en détail leur efficacité, leur utilité et leur économicité. Parmi ces structures, on peut notamment citer les offres de soins interdisciplinaires intégrés, les équipes mobiles, les modèles de transition vers la psychiatrie pour adultes ainsi que des concepts de traitement et de détection précoce pour certains troubles spécifiques.

Alain Di Gallo et Hélène Beutler

En collaboration avec Renato Barco (Groupe de travail des médecins libres praticiens), Stéphane Eliez, Willy Felder, Patrick Hämmerle, Daniel Münger (Groupe de travail médecins-assistant-e-s et chef-fe-s de clinique), Susanne Walitzka (Association suisse des médecins-chef-fe-s en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents)

## Littérature

1. OBSAN Rapport 52 : La santé psychique en Suisse, Monitoring 2012
2. Steinhausen H.C., Metzke C.W., Meier M., Kannenberg R. (1998) Acta Psychiatrica Scandinavica, 98, 262.
3. Slomski A. (2012) Chronic mental health issues in children now loom larger than than physical problems. Journal of the American Medical Association, 308, 223-225.
4. Dornes M. (2012) Die Modernisierung der Seele. Kapitel 8: Haben psychische Krankheiten zugenommen? S. Fischer Verlag, Frankfurt.
5. Kurth B. M. et al. (2008) Wie geht es unseren Kindern? Ergebnisse aus dem bundesweit repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). In: H. Bertram (Hrsg.): Mittelmass für Kinder. Der UNIVEF-Bericht zur Lage der Kinder in Deutschland. Beck, München.
6. Ihle W. & Esser G. (2002) Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Psychologische Rundschau, 53, 159-169.
7. Obsan : Rapport national sur la santé 2008. K. Meyer (éd.). Verlag Hans Huber, Berne.
8. Hämmerle P. (2007) Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in der Schweiz – Ist-Zustand und Perspektiven. Masterthesis im Rahmen des Weiterbildungs-Studienganges in Public Health der Universitäten Basel, Bern und Zürich.
9. Obsan Bulletin 3/2012 : Le corps médical en Suisse : effectif et évolutions jusqu'en 2011.
10. Deutsche Shell-Jugendstudie 2000.
11. Kim-Cohen J., Avshalom C. et al. (2003) Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: Developmental follow-back of a prospective longitudinal cohort. Archives of General Psychiatry, 60, 709.
12. Psychiatrie 2012. Erster Teil: Versorgungsbericht Psychiatrie. Kanton Zürich, Gesundheitsdirektion.
13. Kühne R., Rapold R. (2011). « L'achat de métylphénidate n'est pas alarmant en Suisse, mais pose malgré tout des questions. » Bulletin des médecins suisses, 1295-1299
14. Beutler H., Holzer L., Prün H., Schimmelmänn B. (2012) Prise de position de la SSPPEA relative à la psychiatrie de l'adolescent.